



## Polisas de la Oficina

Las siguientes polisas son establecidas para asegurar que su hijo/a tengan el mejor servicio posible en cada visita a nuestras oficinas.

### **CITAS:**

Los pacientes deben llegar a la oficina 15 minutos antes de su cita. Esto dará tiempo para verificar su aseguranza, pesar y medir al paciente y hacer los cambios necesarios. Un adulto autorizado tendrá que acompañar a su hijo/a a cada cita.

Esta clínica solo acepta pacientes con cita. Trataremos de dejar tiempo para pacientes enfermos que requieran cita el mismo día. Por favor llame lo más temprano posible para poder obtener cita el mismo día. Si no hay citas disponibles para el mismo día y usted siente que es necesario que el doctor atienda a su hijo/a, puede pedir que lo comuniquen con la enfermera consejera. Ella/o tomará los datos y confirmará con el doctor, si el doctor lo ve necesario, se le dará cita para ese mismo día.

Es necesario que llegue puntual a su cita. Si llega 10 minutos después de su cita, no se le podrá atender y tendrá que pedir una nueva cita. Si nos llama para avisar que viene un poco atrasado, haremos lo posible para atenderlo, pero tal vez tenga que esperar.

\*\*\*Si no asiste a su cita y no avisa con anticipación de un periodo de 24 horas, podría recibir un cargo llamado "No Show Fee". Se le alertará después de la Segunda falta y si sucede una tercer vez el doctor podría retirar el servicio al paciente de la clínica.

Pacientes con cuentas pendientes, tendrá que hacer un pago sobre esa cuenta antes de poder ver al doctor.

### **COMPORTAMIENTO:**

- Su hijo/a debe venir en condiciones limpias a su cita. La persona o personas que lo acompañe debe estar presentable y en condiciones limpias.
- No toleraremos el uso de la profanidad en nuestra oficina.
- Durante su visita en nuestra oficina, el comportamiento de su hijo/a es su responsabilidad. Niños fuera de control no podrán permanecer en la oficina y perderán su cita.

**CONFIDENCIAL-INFORMACION DEL PACIENTE/FORMA DE CONCENTIMIENTO**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sobrenombre \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Telefono de Casa \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

El Nino vive con  Madre  Padre  ambos  tutor legal

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ número de celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ número de celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Partido Responsable \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Informacion dela aseguranza  No tiene aseguranza el paciente

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Nombre del Empleo del asegurado \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Numero de la poliza de aseguranza \_\_\_\_\_ Numero del Grupo \_\_\_\_\_

Aseguranza adicional \_\_\_\_\_

**CONCENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:**

Autorizacion de tratamiento para mi hijo/a. Tratamiento de emergencia en el evento que mi hijo/a sea traído por otra persona que no sea yo. \_\_\_\_\_ Iniciales

**AUTORIZACION Y EXONERACION:**

Asimismo, reconozco que he recibido una copia del Aviso De Privacidad. Ademas asimismo que una copia de este Aviso a sido proporcionada/disponible en la sala de recepcion. Tambien entiendo que una copia de este Aviso sera proporcionada en cada cita. \_\_\_\_\_ Iniciales

Yo autoriza a Pediatric Partners a conseguir acceso a la historia de medicina, sin limitación o exclusión, como es requerido y/o razonablemente conveniente revelar, procesar, recuperar, transmitir, y para ver la medicina del paciente. \_\_\_\_\_ Iniciales

Yo autorizo y solicito que mi aseguranza page directamente los beneficios a mi medico. Yo comprendo que mi aseguranza medica puede pagar menos de los servicios proporcionados. Yo estoy de acuerdo en ser el responsable del pago de todos los servicios ejecutados a mi depende. \_\_\_\_\_ Iniciales

**INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA**

**(una persona que no sean los padres)**

(esta no es una Autorización para tratar al paciente– forma adicional sera completa)

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

**NOTICIA A CONSUMIDORES**

Médicos con licencia son regulados por el Consejo de médicos de California.

(800) 633-2322 www.mbc.ca.gov



Hemet ~ Temecula ~ Redhawk ~ Menifee ~ Lake Elsinore ~ Corona ~ Fallbrook

Nombre de hijo/a: \_\_\_\_\_

Yo he leído, entiendo y me comprometo a cumplir las políticas de Pediatric Partners. Entiendo que el no cumplir con estas reglas podría resultar en terminación de nuestra relación en esta oficina.

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_